

Aspects sémiologique, étiologique et pronostique de la diarrhée au cours du SIDA en milieu hospitalier de Bamako

The etiological , clinical and prognosis of diarrhea occurs during AIDS in to hospital in Bamako

Dao S¹, Oumar AA. ², Doumbia S³, Goita D^{1,4}, Boushab M¹, Maiga I.I⁵, Bougoudogo F⁶

1 : Service des maladies infectieuses, hôpital du Point G ; 2 : Centre national des œuvres universitaires ; 3 : Faculté de Médecine, Pharmacie et d'OdontoStomatologie ; 4 : Centre de recherche sur VIH/TB Faculté Médecine Pharmacie ; 5 : Laboratoire de microbiologie hôpital du Point G ; 6 : Institut national de recherche en santé Publique, Bamako, Mali.

Correspondance : Docteur Sounkalo Dao Hôpital du Point G, Service des Maladies Infectieuses BP :333, Téléphone : +223 2225002 Télécopie : +223 2229097 ; E-mail sounkalomdao@yahoo.fr

Résumé : Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée dans le service des maladies infectieuses du centre hospitalier et universitaire de l'hôpital du point G, du 31 décembre 2002 au 30 juin 2004. Elle a porté sur 76 patients atteints de Sida et avait pour but de déterminer les aspects cliniques, étiologiques et le pronostic de la diarrhée au cours du SIDA. Les candidoses bucco-pharyngées dans 50%, la fièvre dans 67,1%, la déshydratation dans 60,5% et l'altération de l'état général dans 77,6% étaient associés au diarrhée. Chaque échantillon de selle a fait l'objet d'un examen direct et d'un examen par la technique de Henricksen -poblens à la recherche des œufs, de kystes et de parasites. Le syndrome cholérique représentait (52,6%), le syndrome dysentérique (36,8%), et le syndrome diarrhéique (10,5%). Au plan étiologique les parasites ont été retrouvés dans 51,3%, les bactéries 9,2%, les levures 5,3%. Dans 34,2% aucun pathogène n'a été décelée. *Cryptosporidium parvum* (15,8 %), et *Isoospora Belli* (11,8%) ont été les parasites les plus fréquemment observées, mais des parasites non classiquement opportunistes ont été décelés dans certains cas : *entamoeba histolytica*, *Trichomonas intestinalis*, *Giardia intestinalis*, *Shistosoma mansoni*, *Dicrocoelium dendriticum*, *Trichostrongylus*. La bactérie la plus fréquemment retrouvées a été *Escherichia coli* 45,3% et *Candida albicans* a représenté le groupe des levures. La létalité a été de 46,1%.

Conclusion : L'étiologie de la diarrhée au cours du Sida a été polymorphe et nous avons noté en plus des opportunistes connues des parasites et des bactéries non opportunistes. La létalité reste élevée en raison du retard de prise en charge et du faible pouvoir d'achat des malades.

Mots clés : SIDA, diarrhée, Bamako

Summary : Its was a descriptive survey achieved in the service of the infectious and tropical illnesses of the teaching hospital of the "Point G" from 31 December 2002 to 30 June 2004 was about the analysis of 76 files. Its goal was to determine the clinical, etiological and prognostic aspects, of the diarrhea during the AIDS. The oral-pharyngeal candidiasis (50%), the deshydratation (60,5%), the fever (67,5%) and the thinning (77,6%) were associated to the diarrhoea frequently. Cholera syndrome was (52.6%), dysenteric syndrome was (36.8%) and the diarrhea syndrome was (10.5%). According to the etiological aspect, the parasites were founded in 51,3 % of cases, bacteria 9,2 % of cases, and fungus 5,3%. Any pathogen hasn't been founded in 34,2% of cases. *Cryptosporidium parvum* (15,8 %), and *Isoospora Belli* (11,8%) was the most common parasites founded, but some unusual pathogens as: *Entamoeba histolytica*, *Trichomonas intestinalis*, *Giardia intestinalis*, *Shistosoma mansoni*, *Dicrocoelium dendriticum*, *Trichostrongylus* were present. The most common bacteria were *Escherichia coli* 45,3%. The fungus family was represented by *Candida albicans*. The lethality rate was 46,1%.

Conclusion: the etiology of diarrhea occurs during aids is variable and include opportunistic and non opportunistic. The fatality rate remains incised because the delay of care and the poverty of the patients.

Key Words: AIDS, diarrhea, Bamako.

INTRODUCTION

Le VIH /SIDA est une des problèmes majeurs de Santé publique au monde et surtout en Afrique au sud du Sahara (1). L'avènement des antirétroviraux a amélioré la qualité de vie et la survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA

dans le monde (2). Malgré ce succès, les manifestations cliniques du Sida sont une préoccupation quotidienne notamment dans les pays où l'accès aux antirétroviraux est tardif ou limité. Cette symptomatologie est polymorphe et peut rapidement, notamment par la diarrhée,

engager le pronostic vital (3). Les examens d'exploration étiologique de cette diarrhée ne sont pas disponibles dans tous les hôpitaux en Afrique (4). Une bonne connaissance de son épidémiologie permettra d'améliorer la prise en charge thérapeutique dans les régions où le plateau technique fait défaut. L'objectif de cette étude était de décrire les différents syndromes diarrhéiques, leur étiologie et leur létalité, au cours du Sida dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G.

MALADES ET METHODES

Nous avons colligés les patient(e)s admis(e)s pour diarrhée dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital du point G de Janvier 2002 à décembre 2004. Les critères d'inclusion étaient : une séropositivité au VIH, à au moins 2 tests rapides (Immunocomb et le Gescreen), et la réalisation d'une coproculture et d'un examen parasitologique des selles. La taille de l'échantillon échantillon a été calculée par la formule $n = (\frac{\epsilon}{\alpha})^2 \frac{Pq}{i^2}$, P= fréquence relative de la diarrhée au cours du VIH dans ce service, q = 1-p i= précision 95 %, ϵ =écart réduit 1,96 ; α =5%. La taille minimum de l'échantillon a été de 76 patients. Trois échantillons de selles ont été prélevés pendant trois jours successifs chez chacun des patients dans des pots stériles. Une partie des échantillons a été acheminés au laboratoire de biologie de l'hôpital du point G où la coproculture et l'examen parasitologique direct classique ont été effectués. La recherche de coccidies par la technique Henricken-poblens a été effectuée au département d'épidémiologie des affections parasitaires (DEAP) de la faculté de médecine, pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. L'aspect macroscopique des selles a permis une classification sémiologique. Une fiche d'enquête a permis de collecter les différentes variables. La saisie et l'analyse statistique a été faite sur le logiciel Epi info, le test de Chi carré et le test de probabilité de Fisher (pour un seuil de signification admis à 5%) ont été utilisés pour la comparaison des proportions.

RESULTATS :

De Janvier 22 à décembre 2004, 76 patients hospitalisés dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital du point G pour diarrhée ont été inclus dans notre étude. Ils étaient infectés par le VIH1 dans 89,5% des cas ; le VIH2 dans 2,6% des cas, et VIH 1+2 dans 7,9% des cas. Le sex-ratio était de 1,92 en faveur des hommes (50 hommes /26 femmes). L'âge médian était de 40,5 ans avec des extrêmes allant de 15 à 61 ans. Toutes les couches socioprofessionnelles étaient représentées. L'étiologie des diarrhées était dominée par les parasites dans 39cas (51,3%), les bactéries dans

7 cas (9,2%) et des levures dans 4 cas (5,3%) (tableau I).

La diarrhée était associée aux candidoses bucco-pharyngées dans 38 cas (50%), la fièvre dans 51 cas (67,1%), la déshydratation dans 46 cas (60,5%) et l'altération de l'état général dans 59 cas (77,6%).

L'intensité de la diarrhée était variable de 4 à 10 selles par jour. L'aspect macroscopique était polymorphe : mou dans 8 cas (10,5%), Glaireux dans 14 cas (18,4%), sanguinolent dans 2 cas (2,6%), glairo-sanguinolent dans 12 cas (15,8%) et Liquidien dans 40 cas (52,6%). La classification syndromique a permis de noter 40 cas (52,6%) de syndrome cholériforme, 28 cas (36,8%) de syndrome dysentérique et 8 cas (10,5%) de syndrome diarrhéique. Les causes parasitaires (tableau II) étaient dominées par *cryptosporidium parvum* dans 15,8% (12/76), *Isospora belli* dans 11,8% (9/76), *Entamoeba histolytica* 9,2% (7/76), *Trichomonas intestinalis* 2,6% (2/76), *Giardia intestinalis* 2,6% (2/76), *Schistosoma mansoni* 2,6% (2/76), *Dicrocoelium dendriticum* 2,6% (2/76) *Trichostrongylus* 1,3% (1/76), *Ankylostoma duodenalis* et *necator americanis* dans 1,3% (1/76). *Echerichia coli* venaient en tête des étiologies bactériennes avec 5,3% (4/76) suivi des salmonelles dans 2,6% (2/76), et des Shigelles dans 1,3% (1/76) (tableau III). La recherche mycologique a révélé *Candida albicans* dans 5,4% (4/76).

Un traitement étiologique adapté a été en route en fonction de chaque étiologie associé à une réhydratation parentérale au ringer lactate et au traitement symptomatique dans certains cas notamment les pansements gastriques et les ralentisseurs du transit. L'évolution a été favorable dans 41cas (53,9%), défavorable avec décès dans 35 cas (46,1%) (Tableau IV).

DISCUSSION

La méthodologie de ce travail a connu quelques insuffisances parmi lesquelles figuraient le manque de moyens d'exploration étiologique de la diarrhée notamment la biopsie intestinale sous endoscopie digestive, la recherche de mycobactéries ou de virus. Ceci a contribué au taux élevé de cas de diarrhée sans étiologie à l'examen des selles. Le dosage des Lymphocytes CD4 n'a pas été possible pour 46 patients sur les 76 pour des raisons techniques du laboratoire. La connaissance du niveau de dépression immunitaire nous aurait permis de classer les pathogènes en fonction du taux de lymphocytes CD4. Malgré ces insuffisances cette étude nous a permis de déterminer l'écologie microbienne de la diarrhée au cours du Sida à partir des techniques utilisées en routine à cet effet au Mali et sur le continent africain.

Données épidémiologiques

L'aspect macroscopique des selles était divers : mou, liquidien, glairosanglant. Cette prédominance du syndrome cholériforme au cours du Sida en Afrique a été décrite par plusieurs auteurs au Cameroun, au Gabon, en Côte d'Ivoire, et au Congo Brazzaville (4-10).

Les causes de diarrhée ont été diverses et variées. Les parasitoses représentaient 36,84% des étiologies des diarrhées dont 46,56 % d'opportunistes habituels décrites au cours du SIDA et 53,57% n'étaient pas des opportunistes habituels. La fréquence de *cryptosporidioses* était plus élevée par rapport à celle des isosporoses ce qui a des conséquences thérapeutiques dans la mesure où le traitement de cette première parasitose n'est pas disponible en pratique. La fréquence d'isosporoses était proche de celles retrouvées dans la sous région Ouest Africaine : Guinée Bissau (11%), Sénégal 15,3%, Côte d'Ivoire 16,2% (7, 9,11).

L'étiologie bactérienne était moins fréquente par rapport aux étiologies parasitaires. La présence unique à trois reprises de *Candidas albicans* dans les selles d'un patient a fait suspecter ce pathogène comme cause de la diarrhée. Cependant compte tenu de son caractère saprophyte au niveau de l'intestin, l'implication de sa pathogénicité au cours de la diarrhée demeure discutable. Malgré de multiples recherches parasitologiques, bactériologique et mycologique 34,2 % des échantillons de selles se sont révélés négatives. L'absence de pathogène dans les selles au cours du SIDA a été également rapportée à Dakar dans 27% des cas (9). Leur étiologie pourrait être mycobactérienne (mycobactéries atypiques), virale (VIH, CMV) voire non infectieuse (maladie de kaposi).

Deux facteurs ont été déterminants dans l'évolution de la diarrhée. Il y avait résolution de la diarrhée quand la cause était bactérienne ou parasitaire. Cependant elle a été défavorable quand l'étiologie demeurait inconnue. La létalité était de 46,1% similaire aux résultats de la littérature (1-12). Nous avons constaté que cette mortalité était significative associée à l'absence de germe identifié (P=0,002).

CONCLUSION

L'étiologie de la diarrhée au cours du Sida a été polymorphe incluant aussi bien des germes opportunistes connus que des germes non opportunistes. La létalité reste élevée en raison du retard de prise en charge et du faible pouvoir d'achat des malades. L'amélioration des techniques diagnostiques et une prise en charge précoce pourraient améliorer la qualité de vie des malades et le pronostic.

REFERENCES

- 1) Ledru E ,Anou PT, Dembélé M,Dahourou H, Zoubga A, Durand G. Prévention de la dénutrition et des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest : Une démarche réaliste , nécessaire préalable aux ARV. *Cahiers Santé*, 1999 ; 9 :293 -300.
- 2) ONU SIDA /OMS
Tableau récapitulatif de l'épidémie du VIH / SIDA dans le monde.
Le point sur l'épidémie : 2003 p : 1-6
- 3) Garrait V, Molina JM. Infection par le VIH : Epidémiologie, dépistage, prévention, principales anomalies immunologiques, marqueur pronostic biologique, classification (stade évolutif). *Revue du praticien* 2000 ;1 ; 50(9) :1003-10.
- 4) Samé-Ekobo A, Lohuoé J, Mbassi A. Etude clinique et biologique des diarrhées parasitaires et fongiques chez les sujets immunodéprimés dans la zone urbaine et peri-urbaine de yaoundé. *Cahiers santé*, 1997 ; 7 :349 -54.
- 5) Okome-Nkoumou M, Mbounja-Loclo ME, Kombila M. Panorama des affections opportunistes au cours de l'infection par le VIH à Libreville, Gabon. *Cahiers Santé* 2000 ; 10 : 329-7
- 6) Kadende P ,Nkurunziza T ,Floch J J , Mpfi B Laroche R, Ndabaneze E , Ambry P. Infectious diarrhea in African acquired immunodeficiency syndrom(AIDS) .Apropos of 100 patients studied in Bujumbura(Burundi). *Med. Trop* 1989 ; 49 (2) :129-3
- 7) Therizol-Ferli PM, Tagliante-Saralino J, Kone M, Konan A, Ouhon, Assoumon A, Aka K, et al. *chronic diarrhea and parasitoses in adults suspected of AIDS in the Ivory Coast* . *Bull Soc Pathol. Exot Filiales* 1989 ; 82 (5) :690-3.
- 8) Carme B, .M'pele P, Mbisi A, Kissila AM, Aya GM, Mouanga-yidika G, et al. Parasitoses et mycoses opportunistes au cours du SIDA (leurs fréquences à Brazzaville (Congo). *Bull. Soc . Path . Ex 81* , 1988 : 311-316
- 9) Dieng T, Ndir O ,Diallo S, Coll-Seck A M, Dieng Y . Prevalence of *Cryptosporidium sp* and *Isospora belli* in patients with acquired immunodeficiency syndrom(AIDS) in Dakar (Senegal). *Dakar Med* ,1994 ; 39 (2) :121- 4 .
- 10-Konate A., Minta D., Diarra M , Dolo A, Dembele M, Diarra B ,et al. Intestinal parasitosis during AIDS diarrhoea. *Bull Soc Pathol Exo.* 2005 98 (1) : 33-5.
- 11) Lebbad M , Norrgren H , Naucier A , Dias F Anderson S Linder E.
Les parasites intestinaux dans VIH-2 ont associé des cas de SIDA à la diarrhée chronique en Guinée-Bissau. *Acta Trop* 2001 ; 80(1) : 45-9

TABLEAU I : Distribution des patients selon la famille de pathogènes

Agents infectieux	Effectifs	Pourcentage
Parasites	39	51,3
Bactéries	7	9,2
Levures	4	5,3
Absence de germe	26	34,2
Total	76	100

Tableau II : Répartition des patients selon le type de parasites

Parasites	Effectifs	Pourcentage
<i>Cryptosporidium parvum</i>	12	15,8
<i>Isospora belli</i>	9	11,8
<i>Entamoeba histolytica</i>	7	9,2
<i>Trichomonas intestinalis</i>	2	2,6
<i>Giardia intestinalis</i>	2	2,6
<i>Schistosoma mansoni</i>	2	2,6
<i>Dicrocoelium dendriticum</i>	2	2,6
<i>Trichostrongylus</i>	1	1,3
<i>Ankylostoma duodenalis</i>	1	1,3
<i>Necator americanus</i>	1	1,3
Absence de parasites	37	48,7
Total	76	100

Tableau III : Répartition des patients selon le type de bactéries

Bactérie	Effectifs	Pourcentage
<i>Echerichia coli</i>	4	5,3
<i>Salmonella sp</i>	2	2,6
<i>Shigella sp</i>	1	1,3
Absence de bactérie	68	89,5
Total	76	100

TABLEAU IV : Relation entre le type d'agent pathogènes et l'évolution de la diarrhée

Classes agents pathogènes	Evolution		Favorable		Défavorable	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Absence de germes (26)	9	17	17	22,4		
Parasites (39)	26	34,2	13	17,1		
Bactéries (7)	5	6,6	2	2,6		
Levures (4)	1	1,3	3	3,1		
Total (76)	41	53,9	35	46,1		

P=0,002 < 0,005